

研究課題：摂食・嚥下における歯科・医科連携と医療費に関する研究

研究者名：川渕孝一¹⁾、藤田拓司²⁾、小島哲也³⁾

所 属：東京医科歯科大学大学院医療経済学分野¹⁾、拓海会 大阪北ホームケアクリニック²⁾、
医療法人乾洋会トミデンタルクリニック³⁾

平成20年の診療報酬改定で「在宅療養支援歯科診療所」が新設されている。これは「在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所の整備を図る」ことを目的としたものである。

その要件は「24時間体制」、「近隣医療機関と連携し入院病床の確保」が前提となっている医師の在宅療養支援診療所（在支診）と比べてはるかに低い。しかし在支診では、在宅時医学総合管理料（4,200点/月1回）が算定可能であるが、在宅療養支援歯科診療所ではそれに対応するような診療報酬は設定されておらず、訪問診療では、訪問診療料（830点あるいは380点）と後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（180点/月1回）あるいは居宅療養管理指導料（500単位/月2回）が算定できるのみである。そのせいか、人口当たりの歯科診療所数と訪問診療を実施している歯科診療所の比率には一定の相関はなく単純に歯科のマーケットが飽和しても、在宅医療の分野に進出するわけではないことが示唆される。

一方、一般内科医の在宅療養患者において、脳血管障害患者では発症直後は経管栄養が必要であるが、時間経過とともに経口摂取再開が可能になる症例もある。そのため一度経管栄養を始めても、定期的に評価する必要がある。また、神経難病患者や高齢者では徐々に経口摂取が困難になり、誤嚥しているが経口摂取を継続している場合もある。これら当該ケースでは、喉頭内視鏡（ファイバー）を使用した検査画像を本人・家族に提示し、食物形態の変更や経口摂取の開始・中止を勧めることがある。いずれの場合も検査時間が1時間を超えることが多く、医師が通常の訪問診療業務内へ組み込むことは困難である。そのため診療時間後に別枠を設けて行う必要があり、その経済的負担は大きい。

また歯科訪問診療では、医科と異なり在宅時医学総合管理料が算定できないため、検査・診療が長時間にわたる場合にはコスト割れし、経営的に大きな負担になると考えられる（口腔機能評価や嚥下評価の診療報酬は設定されておらず、摂食機能療法と喉頭内視鏡の検査料のみ算定可）。そのため喉頭内視鏡による嚥下機能評価の研修を受ける医師・歯科医師は少なくないが、実施件数はなかなか増えない。

そこで本研究では「NPO法人 摂食介護支援プロジェクト」(DHP : Dysphagia Support and Health Care Project)(<http://npo-dhp.org>)の指導の下、医療法人拓海会神経内科クリニックとの取り組みを通じて、歯科医師と医師が連携して専門的な口腔機能評価や嚥下機能評価を行った時の医療費削減効果を算出した。

その結果、脳血管障害を基礎疾患とし、経管栄養を実施している患者は58,500人から1,864,300人に達するが、そのうちの8.3%が離脱可能と仮定すると、喉頭ファイバーを用いた嚥下機能評価に係るコストや歯科衛生士による嚥下訓練に係るコストを控除しても、年間26億～1340億円の医療費が削減可能なことがわかった。

しかし、医師・歯科医師連携の新モデル構築には、克服すべき都合7つの課題（喉頭ファイバーによる嚥下評価を実施する歯科医師の養成や嚥下訓練を実施する歯科衛生士の育成など）も見えてきた。この浮いた医療費を新モデル構築に向けた財源に活用することが求められる。